

Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform

von Klaus Jacobs¹ und Heinz Rothgang²

ABSTRACT

Die Bundesregierung hat eine Reform der Pflegeversicherung angekündigt. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit einer Zunahme der Anzahl an Pflegebedürftigen und der vorgesehenen Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs behandelt dieser Beitrag drei zentrale Aspekte der künftigen Pflegefinanzierung. Erstens sollte eine kapitalfundierte Ergänzung der bestehenden Umlagefinanzierung – wenn es überhaupt dazu kommt – im Rahmen der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgen. Zweitens sollte bei der Finanzierung ein systemübergreifender Ausgleichsmechanismus zwischen den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung eingeführt werden. Drittens lassen sich Stabilität und Nachhaltigkeit der Pflegefinanzierung durch verschiedene Maßnahmen einer modifizierten Beitrags- und Steuerfinanzierung gezielt verbessern.

Schlüsselwörter: Pflegeversicherung, Demografie, Kapitaldeckung, Ausgleichsmechanismus, Beitragsgestaltung, Steuerfinanzierung

The German federal government has announced to reform the system of long-term care insurance. In view of demographic changes with a growing number of people in need of long-term care as well as an expanded definition of the need of long-term care itself, this article deals with three central aspects of future financing of long-term care insurance. First, a capital funded supplement of the present pay-as-you-go system – if implemented at all – should be financed through income-based contributions within the system of social long-term care insurance. Second, a risk compensation scheme between the insured of the two systems of social and private long-term care insurance should be established. Third, stability and sustainability of long-term care financing can be significantly improved through various measures of modifying the present contribution- and tax-based financing regulations.

Keywords: long-term care insurance, demography, capital funding, risk compensation scheme, contribution regulation, tax financing

1 Vor weiteren Reformen der Pflegeversicherung

Der ehemalige Gesundheitsminister Philipp Rösler hatte 2011 zum „Jahr der Pflege“ ausgerufen, und sein Amtsnachfolger Daniel Bahr lässt keinen Zweifel daran aufkommen, dass die schwarz-gelbe Bundesregierung noch in diesem Jahr eine umfassende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung verabschieden will. Eckpunkte dazu sollen noch im September

2011 vorgelegt werden. Dabei besteht offenbar Einigkeit darin, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit ausgeweitet wird – basierend auf den Vorschlägen, die der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2009 unterbreitet hat (*Beirat 2009*) –, damit insbesondere Demenzzranke beziehungsweise deren Angehörige in Zukunft mehr Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können. Daneben steht unter anderem die Förderung und Unterstützung des – professionellen wie privaten – Pflegekräftepotenzials ebenso auf der

¹Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2182
Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

²Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik · Universität Bremen · Parkallee 39 · 28209 Bremen · Telefon: 0421 218-4132
Telefax: 0421 218-7540 · E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Agenda wie die Entwicklung und Umsetzung neuer Wohn- und Betreuungsformen für Pflegebedürftige.

Die Absicht, die Leistungen der Pflegeversicherung auszuweiten, findet bei den Versicherten breite Unterstützung. Die Versicherten bewerten die soziale Pflegeversicherung als Institution zwar weit überwiegend positiv, halten das derzeitige Leistungsspektrum aber für unzureichend und unterstützen gerade die Erweiterung von Leistungen für demenziell Erkrankte mit großer Mehrheit (Zok 2011). Die mit der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Mehrausgaben verschärfen aber noch die Finanzierungsproblematik.

Zentrale Aspekte der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung stehen daher im Mittelpunkt dieses Beitrags. Angesichts der zurzeit zum Teil sehr grundsätzlich geführten Diskussion geht es dabei in erster Linie um die konzeptionelle Analyse relevanter Finanzierungsinstrumente und -stell-schrauben. Dies betrifft im Wesentlichen drei Komplexe: erstens Fragen nach der Rolle von Kapitaldeckung bei der Pflegefinanzierung, die neben dem „Ob“ und „Wozu“ (Funktion) vor allem das „Wie“ (Ausgestaltung) betreffen; zweitens die Frage nach dem Neben- oder Miteinander der beiden „Sparten“ der gesetzlichen Pflegeversicherung, der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), und schließlich drittens die Frage nach möglichen Reformen bei der Beitrags- und Steuerfinanzierung. Zuvor sei jedoch zunächst noch ein kurzer Blick auf zentrale Determinanten des künftigen Finanzierungsbedarfs gerichtet.

2 Wachsender Finanzierungsbedarf

Es gibt verschiedene Ursachen für zunehmenden Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung. Die augenfälligste ist die demografische Entwicklung, die bei einer insgesamt schrumpfenden Wohnbevölkerung von einer stark wachsenden Zahl von Menschen im hohen Lebensalter gekennzeichnet ist. So nimmt die Gesamtbevölkerung laut aktueller Vorausberechnung der Statistischen Ämter (Variante „mittlere Bevölkerung, Untergrenze“) im Vergleich zu 2009 bis 2030 (2050) um gut fünf (15 Prozent) ab, während die Zahl der 80-jährigen und Älteren im selben Zeitraum um rund 55 (2030) beziehungsweise sogar fast 150 Prozent (2050) zunimmt. In absoluten Zahlen: Während heute von den knapp 82 Millionen Einwohnern Deutschlands gut vier Millionen 80 Jahre und älter sind (rund fünf Prozent), wären es 2050 bei einer auf weniger als 70 Millionen Menschen gesunkenen Wohnbevölkerung mehr als zehn Millionen Menschen und damit fast 15 Prozent der Bevölkerung (StatÄ 2010).

Bei einer Übertragung der demografischen Entwicklung auf die künftige Anzahl an Pflegebedürftigen wird in der

Regel davon ausgegangen, dass die heutigen altersspezifischen Pflegehäufigkeiten auch in 20 oder gar 40 Jahren noch unverändert fortgelten. Dies ist im Hinblick auf eine Kompression der Morbidität immer wieder in Frage gestellt worden (Jacobzone et al. 1998; Jacobzone 1999; Lafortune et al. 2007). Zwar altern die Angehörigen nachwachsender Geburtsjahrgänge im Durchschnitt tatsächlich gesünder als ihre Vorgänger (Kuhlmey 2006), weshalb die altersspezifischen Pflegeinzidenzen, also die Häufigkeiten des (Neu-) Auftretens von Pflegebedürftigkeit, sinken (Rothgang et al. 2009, 127 ff.). Zugleich lässt sich aber eine Zunahme bei der mittleren Pflegedauer beobachten. Die immer höhere Lebenserwartung führt nicht nur zu mehr „pflegefreier“ Zeit, sondern verlängert auch die Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit (Unger et al. 2011). Deshalb führt „gesünderes Altern“ per Saldo noch keineswegs automatisch zu insgesamt sinkenden „Pflege-lasten“ (Prävalenzen) – zumindest war dies in der letzten Dekade so. Vielmehr sind die Prävalenzen von 1999 bis 2008 insgesamt um lediglich ein Prozent zurückgegangen (StatÄ 2010, 27) – und damit praktisch konstant geblieben.

Diese Feststellung schließt keineswegs aus, dass gezielte Pflegeprävention sowie eine forcierte geriatrische Rehabilitation ausgesprochen positive Wirkungen für viele ältere Menschen haben können, indem Pflegebedürftigkeit individuell erst später und womöglich in geringerem Umfang auftritt oder sogar vollständig vermieden wird, doch lässt sich die demografisch bedingte Zunahme des insgesamt zu finanzierenden „Pflegevolumens“ damit nicht einmal ansatzweise kompensieren.

Verändert hat sich seit Bestehen der Pflegeversicherung die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsarten. Über den Zeitraum der letzten Dekade zeigt sich eine Verschiebung hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste, während der Anteil der zu Hause gepflegten reinen Pflegegeldempfänger merklich gesunken ist: von 51,0 Prozent 1999 auf 45,6 Prozent 2009 (StaBu 2011). Es muss davon ausgegangen werden, dass sich dieser Trend fortsetzt, weil das private Pflegepotenzial abnimmt – allein schon demografisch bedingt, aber auch aufgrund vermehrter Erwerbstätigkeit von Frauen in der „Töchter- und Schwiegertöchter-Generation“ sowie zunehmend großer Entfernungen zwischen den Wohnorten von Eltern und Kindern. Eine Fortsetzung dieses Trends würde den künftigen Finanzierungsbedarf ebenfalls weiter erhöhen. Auch deshalb ist es sinnvoll, die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern und pflegende Angehörige wirksamer zu unterstützen, um den Trend zur Professionalisierung der Pflege zumindest ein Stück zu verlangsamen.

Verzichtet wurde bei Einführung der Pflegeversicherung auf eine regelmäßige Anpassung der Leistungssätze. Dadurch kam es bei steigenden Pflegekosten zu einem beträchtlichen

Realwertverlust des Versicherungsschutzes, der die Akzeptanz der Pflegeversicherung zunehmend in Frage stellte. Deshalb wurden im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) der großen Koalition für den Zeitraum 2008 bis 2012 schrittweise Erhöhungen beim Pflegegeld, bei ambulanten Sachleistungen sowie bei stationären Leistungen der Pflegestufe III beschlossen. Ab 2015 sollen die Leistungen regelmäßig alle drei Jahre angepasst werden. Auch wenn dies ohne klare Regelbindung geschieht – etwa in Form einer automatischen Orientierung am Bruttolohnzuwachs –, sodass Anpassungen nach Kassenlage nicht auszuschließen sind, ist ein wachsender Finanzierungsbedarf damit grundsätzlich vorprogrammiert. Die Sicherung einer ausreichenden Finanzierung der Leistungsdynamisierung ist im PFWG allerdings unterblieben – schon deshalb besteht heute akuter Reformbedarf. Das gilt umso mehr, wenn auch die bereits angesprochene inhaltliche Ausweitung der Versicherungsleistungen realisiert wird, wobei die große Mehrheit der Versicherten neben einer besseren Absicherung von Demenzkranken auch dafür plädiert, die Teilhabe von Pflegebedürftigen am sozialen Leben zu fördern und pflegende Angehörige besser zu unterstützen (Zok 2011).

Wie substanziell der Leistungsumfang der Pflegeversicherung letztlich in Zukunft ausfällt, lässt sich naturgemäß nicht wissenschaftlich entscheiden. Vielmehr handelt es sich – ähnlich wie bereits bei Einführung der Pflegeversicherung – um eine grundsätzliche gesellschaftspolitische Festlegung: In was für einer Gesellschaft wollen wir künftig leben, beziehungsweise was ist uns eine umfassende Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wert – auch im Vergleich zu anderen öffentlichen Aufgaben? Rein fiskalisch motivierte Antworten wie „Es darf nicht mehr kosten“ oder „Der Beitragssatz darf nicht steigen“ oder massive Einschnitte in den bestehenden Leistungskatalog – sei es durch eine Angleichung der Leistungssätze für ambulante und stationäre Leistungen auf oder nahe dem (niedrigeren) ambulanten Leistungsniveau (BDA 2009) oder die Einführung von Karenzjahren (Häcker et al. 2010) – scheinen allerdings zumindest an den Erwartungen der großen Mehrheit der Versicherten vorbeizugehen.

3 Ergänzende Kapitaldeckung

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom Oktober 2009 heißt es, dass die Pflegeversicherung ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, in der Form der Umlagefinanzierung auf Dauer nicht erfüllen könne. Daher sei neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung erforderlich, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein müsse (CDU/CSU/FDP 2009, 93). Bereits im Koalitionsvertrag der großen Koalition von 2005 hatte es geheißen: „Um angesichts der demographischen Ent-

wicklung sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen auch in Zukunft die Pflegeleistungen erhalten, die sie für eine ausreichende und angemessene Pflege zu einem bezahlbaren Preis brauchen, ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve notwendig.“ (CDU/CSU/SPD 2005, 91)

Dieser Feststellung waren jedoch keine entsprechenden Taten gefolgt, denn das 2008 verabschiedete PFWG enthielt finanzierungsseitig lediglich eine Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte. Inzwischen sieht die SPD bei „Einführung einer ergänzenden kapitalgedeckten Säule in der Pflegeversicherung (...) – unabhängig von ihrer Ausgestaltung – gewaltige Risiken“, will aber gleichwohl prüfen, „ob durch die Einführung einer Schwankungsreserve in der Bürgerversicherung Pflege die zukünftige demografische Entwicklung abgedeckt werden kann“ (SPD 2011). Gemeint ist damit vermutlich, was die Grünen als „solidarische Demografiereserve“ einführen wollen (Bündnis 90/Die Grünen 2007a), denn eine wirkliche „Schwankungsreserve“ zur Liquiditätssicherung kann im Hinblick auf das formulierte Ziel einer „Abfederung der demografischen Entwicklung“ kaum gemeint sein.

Damit scheint unter den politischen Parteien hinsichtlich der Notwendigkeit einer Ergänzung der Umlagefinanzierung im Sinne einer Rücklagenbildung zur Vorfinanzierung künftiger Mehrausgaben in der Pflegeversicherung weitgehende Übereinstimmung zu herrschen. Auch wenn diese Sicht von der Mehrheit der Versicherten geteilt wird (Zok 2011), scheint sie keineswegs „alternativlos“. Wenn etwa Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion der Union, in einem Zeitungsinterview sagt: „Spare in der Zeit, dann hast du in der Not“, sagte meine Oma immer“ (Berliner Zeitung vom 20.11.2010), oder die Grünen die von ihnen geforderte Demografiereserve explizit als „eine Art Sparbuch“ bezeichnen (Bündnis 90/Die Grünen 2007b), mag das für NichtökonomInnen zwar plausibel klingen, hat mit der Funktionsweise von Volkswirtschaften jedoch wenig zu tun (zu den „Fallen der Hausväterökonomie“ vgl. Reiners 2008). Auch Finanzmärkte bergen demografische Risiken sowie – die globale Finanzmarktkrise zeigt es überdeutlich – viele weitere Risiken, die das vielgescholtene Umlageverfahren nicht kennt. Vor allem ist schwer zu vermitteln, wie durch den Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks ein Beitrag zur Generationengerechtigkeit – sprich: zu einer Entlastung der jungen und noch ungeborenen Geburtskohorten – erfolgen soll, wenn gleichzeitig Staatsschulden in erheblichem Ausmaß an diese Kohorten weitergegeben werden und von ihnen finanziert werden müssen. Da die Höhe von Sollzinsen in aller Regel erheblich über der von Habenzinsen liegt, wäre ein Abbau der Staatsverschuldung dem Aufbau eines Kapitalstocks in der Sozialversicherung in puncto Generationengerechtigkeit sicherlich überlegen.

Aber selbst bei grundsätzlicher Befürwortung einer ergänzenden Kapitalfundierung der Pflegefinanzierung – ein Komplettumstieg gilt heute weithin als ebenso unfinanzierbar wie schon die Einführung einer vollständig kapitalgedeckten Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre (Rothgang 2009) – bleiben noch genug Fragen hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung. Dabei ist in der Formulierung des schwarz-gelben Koalitionsvertrags vor allem das Wort „individualisiert“ problematisch. Die von führenden FDP-Politikern (Gesundheitsminister Daniel Bahr, Fraktionsvorsitzender Rainer Brüderle) explizit hergestellte Analogie zur Riester-Rente („Pflege-Riester“) führt geradezu in die Irre, denn bei der Riester-Rente – die Frage „optional oder obligatorisch“ einmal ausgeblendet – handelt es sich um einen staatlich geförderten individuellen Sparplan, der im Erlebensfall ein zusätzliches Alterseinkommen in Abhängigkeit von den geleisteten Einzahlungen generiert und im vorzeitigen Todesfall vererbt werden kann. Die Pflegeversicherung ist dagegen eine Schadenversicherung, bei der weder eine Äquivalenzbeziehung zwischen individuellem Beitrag und Leistungsumfang im Versicherungsfall noch die Möglichkeit der Vererbbarkeit Sinn machen (vgl. auch Jacobs 2011). Da niemand wissen kann, ob und gegebenenfalls wie lange er oder sie pflegebedürftig sein wird, ist eine Versicherungslösung zum Risikoausgleich essenziell und sind Sparpläne grundsätzlich ungeeignet. Es ist daher womöglich kein Zufall, dass sich in den im April 2011 vorgestellten „Eckpunkten“ der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für eine Pflegereform 2011 (CDU/CSU 2011) nur ein Satz zur Finanzierung findet, in dem „eine ergänzende Kapitaldeckung zur vorausschauenden Vorsorge“ gefordert wird – das Adjektiv „individualisiert“ aber fehlt.

Verschiedentlich wird das Attribut „individualisiert“ auch dahingehend interpretiert, dass damit auf den Schutz ange-

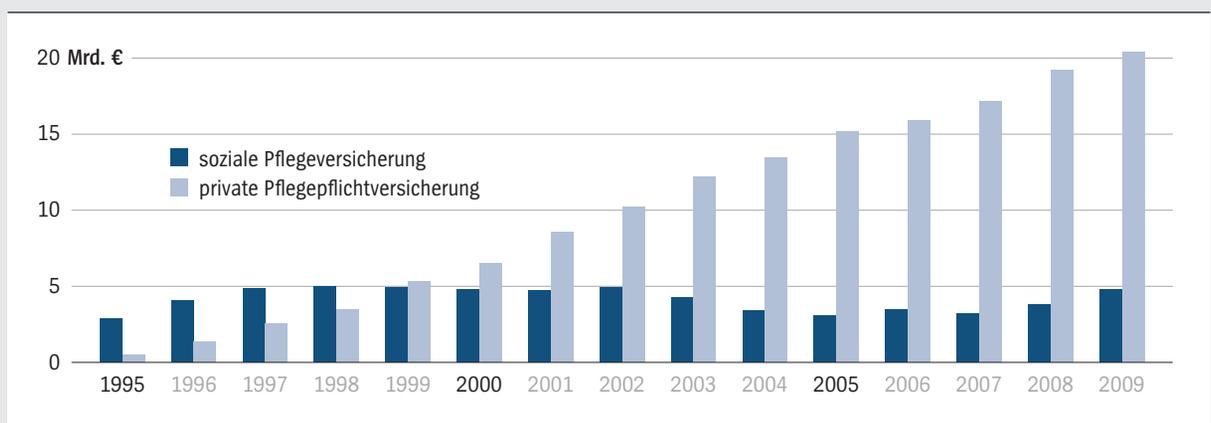
sparter Beitragsmittel vor einer Zweckentfremdung durch den Staat verwiesen werden soll, was angeblich nur im Rahmen einer Privatversicherung möglich sei. Es ist schon bemerkenswert, dass dieses Argument zugunsten privatwirtschaftlicher Kapitaldeckung noch immer bemüht wird, nachdem es gerade „der Staat“ war (und weiterhin ist), der die private Bank- und Versicherungswirtschaft unter Einsatz von zig Milliarden Euro aus Steuermitteln weithin schadlos durch die Finanzmarktkrise gebracht hat. Außerdem lässt sich sehr wohl diskutieren, inwieweit wirksame Vorkehrungen getroffen werden können, um die Gefahr von „Zugriffen auf die Pflegekasse“ auch innerhalb der Sozialversicherung zu minimieren (Rolfes 2010). Für eine Rücklagenbildung innerhalb der SPV sprechen deren höhere Verwaltungseffizienz, die Abwesenheit von Renditeinteressen sowie die Vermeidung neuer Schnittstellenprobleme, die bei einer Erweiterung partikularer Finanzierungszuständigkeiten unausweichlich erschienen. Zudem ist eine solidarische Finanzierung nur innerhalb des Systems der SPV zu gewährleisten (vgl. Abschnitt 5).

4 Systemübergreifende Solidarität

Für die Politik als Systemgestalter ist die Frage „SPV oder PPV?“ nicht nur bei der möglichen Verortung einer ergänzenden Kapitalfundierung der Pflegefinanzierung von Bedeutung. Für die Versicherten stellt sich diese Frage hinsichtlich ihres Versicherungsschutzes dagegen kaum, denn rund 95 Prozent der Bevölkerung sind einem der beiden Systeme ohne ein eigenes Wahlrecht alternativlos zugewiesen (Rothgang 2011, 82). Im Hinblick auf die versicherten Leistungen macht das nicht viel aus, denn da gibt es zwischen der SPV und

ABBILDUNG 1

Entwicklung der Rücklagen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung



Quelle: BMG, PKV-Verband; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

der PPV praktisch keinen Unterschied. Bei der Finanzierung könnte der Unterschied dagegen kaum größer sein, wie bereits ein Blick auf Umfang und Entwicklung des Kapitalbestands der beiden Systeme zeigt (Abbildung 1): Während für die rund 9,5 Millionen privat Pflegeversicherten inzwischen mehr als 20 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen gebildet worden sind – trotz zwischenzeitlich wiederholt erfolgter Prämienenkürzungen (!) – und dieser Betrag weiterhin von Jahr zu Jahr wächst, bewegt sich der Mittelbestand der SPV bei rund 70 Millionen Versicherten seit ihrem Bestehen – bei zwei zwischenzeitlichen Beitragssatzerhöhungen – in einer Größenordnung zwischen drei und fünf Milliarden Euro. Allein hieraus jedoch bereits die vermeintliche Überlegenheit von Kapitaldeckung gegenüber dem Umlageverfahren abzuleiten (PKV 2011, 5), erscheint geradezu absurd.

Als der Gesetzgeber die Pflegeversicherung – so die Sicht des Bundesverfassungsgerichts – als „Pflegevollsversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, durfte (er) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ (BVerfG 2001, Rz. 92). Das Problem dabei ist nur: Es gibt keine ausgewogene Lastenverteilung, wie allein schon die unterschiedlichen Anteile an Leistungsempfängern unter den Versicherten der beiden Systeme zeigen. So betrug der Anteil der Leistungsempfänger unter den Versicherten 2009 in der SPV 3,2 Prozent, in der privaten Pflegepflichtversicherung aber nur 1,4 Prozent. Daher fallen die Leistungsausgaben je Versichertem in der SPV rund doppelt so hoch aus wie in der PPV (einschließlich Beihilfeleistungen für Beamte und deren Angehörige) (Dräther et al. 2009, 77). Dies ist auf zwei Gründe zurückzuführen: auf die niedrigeren altersspezifischen Prävalenzen in der PPV, vor allem aber auf die unterschiedliche Altersstruktur beider Versichertenkollektive. Liegt der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung insgesamt bei 11,8 Prozent, übersteigt er diesen Wert bei den – beitragsrelevanten – 35- bis 65-Jährigen deutlich, während er bei den – pflegerelevanten – 70-Jährigen und Älteren weit niedriger liegt (Abbildung 2).

Wenn man neben den Ausgabenunterschieden noch die durchschnittlich höheren Einkommen der PPV-Versicherten im Vergleich zu den SPV-Versicherten in Rechnung stellt, kann von einer auch nur einigermaßen ausgewogenen Lastenverteilung auch in relativer Sicht keine Rede sein: Unter den Kalkulationsbedingungen der SPV käme das sowohl ausgaben- als auch einnahmenseitig deutlich günstigere Versichertenkollektiv der PPV mit einem ausgabendeckenden Beitragssatz aus, der lediglich rund ein Drittel des in der SPV erforderlichen Beitragssatzes beträgt (Dräther et al. 2009, 77). Das heißt umgekehrt: Zum Aufbau von Alterungsrückstellungen in einer der PPV vergleichbaren Größenordnung wäre in der SPV ein weit mehr als doppelt so hoher Beitragssatz erforderlich gewesen. Dass hierauf bei Einführung der Pflege-

versicherung bewusst verzichtet wurde, hatte – und hat – rein gar nichts mit der grundsätzlichen Über- oder Unterlegenheit des einen oder anderen Finanzierungsverfahrens zu tun.

Die Ungerechtigkeit, die sich aus der alternativlosen Zuweisung zu einem der beiden vollständig unverbundenen Versicherungssysteme mit höchst unterschiedlichen Versichertenstrukturen und – daraus unmittelbar resultierend – Solidarlasten ergibt, spüren naturgemäß vor allem die SPV-Versicherten im höheren Einkommensbereich; bei ihnen fällt die Zustimmung zur Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Pflegerisikos durch Aufhebung der bestehenden Systemtrennung besonders hoch aus (vgl. Zok 2011) – sind sie es doch, die gegenwärtig die Hauptlast des Verzichts auf jegliche „systemübergreifende“ Solidarität in der vermeintlichen „Pflegevollsversicherung“ (BVerfG) tragen, während gleich gut verdienende Privatversicherte von diesem Verzicht in erheblichem Umfang profitieren.

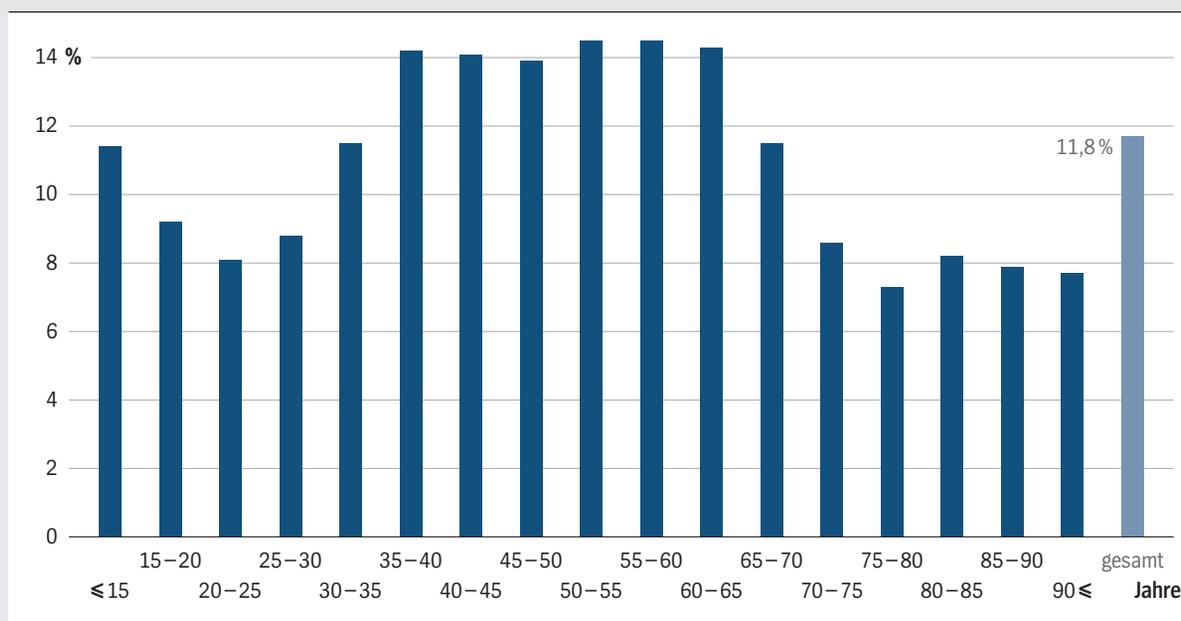
Vor diesem Hintergrund hatte die große Koalition vereinbart, einen Finanzausgleich zwischen SPV und PPV „zum Ausgleich der unterschiedlichen Risiken“ einzuführen (CDU/CSU/SPD 2005, 91f.). Ein solcher Finanzausgleich würde die soziale Pflegeversicherung in einer Größenordnung von rund zwei Milliarden Euro entlasten (Arnold und Rothgang 2010). Dazu ist es jedoch ebenso wenig gekommen wie zu dem vereinbarten Aufbau einer Demografiereserve. Dass die schwarz-gelbe Bundesregierung das Thema der Einkommens- und Risikosolidarität zwischen SPV- und PPV-Versicherten auf ihrer Agenda nunmehr – zumindest bislang – völlig ausgeblendet hat, heißt keineswegs, dass in dieser Frage kein Handlungsbedarf mehr bestünde. Entsprechende Reformmaßnahmen könnten vergleichsweise einfach ergriffen werden (vgl. dazu Rothgang 2011). Auch wenn die fiskalische Ergiebigkeit eines systemübergreifenden Solidarausgleichs oder gar die Schaffung eines gemeinsamen Pflegeversicherungsmarktes im Rahmen einer Bürgerversicherung nicht überschätzt werden sollte, scheinen Reformen in dieser Richtung allein schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit geboten und dürften sich ausgesprochen vorteilhaft auf die Akzeptanz aller Versicherten auswirken, sich selbst an der Übernahme wachsender Finanzierungslasten zu beteiligen.

5 Modifizierte Beitrags- und Steuerfinanzierung

Dass der Beitragssatz zur Pflegeversicherung angesichts der wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen steigen würde, war schon in der ersten Hälfte der 1990er Jahre absehbar, als die SPV mit einem Beitragssatz von 1,7 Prozent gestartet wurde. In der Begründung zum Referentenentwurf des Pflegeversicherungsgesetzes von 1994 wurde von einer demografie-

ABBILDUNG 2

Anteile der Privatversicherten an allen Pflegeversicherten nach Alter



Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten von BMG und PKV-Verband, Grafik: G+G Wissenschaft 2011

bedingten Beitragssatzsteigerung auf 1,9 Prozent im Jahr 2010 und 2,4 Prozent im Jahr 2030 ausgegangen (Reiners 2011, 78). Wenn die damalige Erwartung inzwischen ein Stück überholt worden ist, hat dies vor allem denselben Grund, der auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit vielen Jahren das zentrale Finanzierungsproblem darstellt: die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis, die in den letzten 20 Jahren ständig hinter der Entwicklung der Wirtschaftskraft zurückgeblieben ist, weil die beitragspflichtigen Einnahmen einen immer kleineren Teil des Volkseinkommens repräsentieren (Wille 2010).

Für die GKV gibt es im Prinzip drei Lösungsansätze für dieses Problem, die auch in geeigneter Form miteinander kombiniert werden können und sämtlich darauf abzielen, die Abhängigkeit der GKV-Einnahmen von der Entwicklung der Erwerbs- und Erwerbseinkommen zumindest ein Stück weit zu vermindern und damit nicht nur Stabilität und Nachhaltigkeit der Finanzierung zu erhöhen, sondern zugleich auch für mehr Verteilungsgerechtigkeit sowie positive Beschäftigungswirkungen zu sorgen. Vom Grundsatz her sind diese Reformansätze auch für die SPV geeignet, wobei damit neben den laufenden Versicherungsleistungen auch zusätzlich eine Rücklagenbildung finanziert werden kann (vgl. Abschnitt 3):

- Erweiterung der Beitragsbasis über die beitragspflichtigen Einnahmen in ihrer derzeitigen Abgrenzung hinaus, mit

den möglichen Stellschrauben (vgl. etwa Rothgang et al. 2010):

- Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
- Beitragspflicht für mitversicherte Ehepartner im Rahmen eines Beitragsplitting
- Ausdehnung des Personenkreises, ersatzweise Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung durch einen systemübergreifenden Finanzausgleich (vgl. Abschnitt 4)
- Ergänzung der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung durch einen einkommensunabhängigen (pauschalen) Zusatzbeitrag mit steuerfinanziertem Sozialausgleich für einkommensschwache Versicherte nach dem Vorbild des 2009 in der GKV eingeführten Modells
- Ergänzung der Beitragsfinanzierung durch Zuschüsse aus dem allgemeinen Steueraufkommen

Auf eine detaillierte Diskussion aller einzelnen Maßnahmen soll an dieser Stelle ebenso verzichtet werden wie auf die Abschätzung ihrer Finanzwirkungen in unterschiedlichen Ausgestaltungs-konstellationen. Ohnehin sollten politische Entscheidungen zur konkreten Ausgestaltung des Finanzierungssystems nicht allzu sehr von Status-quo-Projektionen der Beitrags(satz)entwicklung abhängig gemacht werden und

schon gar nicht über mehrere Dekaden hinweg. Wie unsicher solche Vorhersagen selbst über kurze Zeiträume sein können, hat sich gerade erst in der jüngsten Vergangenheit gezeigt: Das im Frühjahr 2008 verabschiedete PfWG ging für das Folgejahr 2009 von einem Überschuss der SPV in Höhe von 1,6 Milliarden Euro aus. Als dieser dann tatsächlich jedoch um 600 Millionen Euro geringer ausfiel, wurde vielfach schon für 2012 ein erneutes Defizit befürchtet. Mittlerweile stellt sich die Einnahmesituation dagegen wieder vergleichsweise günstig dar, was Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr mit Blick auf den Zeitplan der anstehenden Pflegereform sogar zu der Aussage bewogen hat, dass „wir nicht unter Zeitdruck stehen, weil die Pflegeversicherung momentan noch genügend Geld hat“ (*Interview in „DIE WELT“ vom 30.05.2011*).

Die im ersten Maßnahmenbündel („Erweiterung der Beitragsbasis“) zusammengefassten „klassischen“ Schritte einer gezielten Weiterentwicklung des bestehenden Systems der SPV (*Rothgang 2007; Dräther et al. 2009*) scheinen bei der derzeitigen Bundesregierung ohnehin wenig Sympathie zu genießen. Das könnte in Bezug auf einen pauschalen Zusatzbeitrag durchaus anders aussehen, doch stößt ein solcher Schritt in der SPV nicht nur auf breite Ablehnung unter den Versicherten (*Zok 2011*), sondern erscheint auch schon deshalb denkbar ungeeignet, weil der erforderliche Verwaltungsaufwand – einschließlich der Durchführung des steuerfinanzierten Sozialausgleichs für Einkommensschwache – als unverhältnismäßig hoch angesehen werden muss. Das für die GKV durchaus nachvollziehbare Argument einer erwünschten Intensivierung des Krankenkassenwettbewerbs durch pauschale kassenindividuelle Zusatzbeiträge hat zudem in der faktischen Einheitsversicherung SPV keinerlei Relevanz.

Keine Rolle in der Reformdiskussion zur Pflegefinanzierung scheint derzeit die Idee einer ergänzenden Steuerfinanzierung zu spielen. Steuerfinanzierte Zuschüsse zu einer Sozialversicherung bergen allerdings regelmäßig das Risiko einer „Finanzierung nach Kassenlage“. Dies zeigt sich etwa am Steuerzuschuss zur GKV, dessen Ausgestaltung seit seiner Einführung im Jahr 2004 bereits fünfmal geändert wurde (*Greif und Heinemann 2011, 94*). Soll aus ordnungspolitischen Gründen an einer parafiskalischen Organisation der Sozialversicherung festgehalten werden, sind ad hoc beschlossene Steuerzuschüsse daher problematisch.

Anders ist dies, wenn die Steuermittel zum Ausgleich von versicherungsfremden Leistungen der Sozialversicherung fließen und die Steuerfinanzierung entsprechend regelgebunden ausgestaltet ist. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn für bislang beitragsfreie Mitversicherte ein Beitrag angesetzt wird, der vom Bund aus Steuermitteln aufgebracht wird, da die Förderung von Ehe und Familie als allgemeine Staatsaufgabe angesehen wird. In diesem Sinne hatte beispielsweise die FDP nach dem „Beitragskinderurteil“ des Bundesverfassungs-

gerichts vom 3. April 2001 vorgeschlagen, die vom Gericht geforderte Entlastung von Familien nicht durch Beitragssatzerhöhungen für Kinderlose umzusetzen (wie von der damaligen rot-grünen Bundesregierung beschlossen), sondern durch einen steuerfinanzierten Kinder-Bonus (*FDP 2004*). Im „Deutschlandprogramm“ der FDP zur Bundestagswahl 2009 heißt es weiterhin: „Die Kosten für die Krankenversicherung der Kinder sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher aus Steuermitteln zu finanzieren“ (*FDP 2009, 18*). Wird dieser Auffassung zugestimmt und sie auch auf die Pflegeversicherung übertragen, wäre ein steuerfinanzierter Beitrag für minderjährige Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung sachgerecht. Die Ausgaben für Kinder in der sozialen Pflegeversicherung werden vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung auf rund 600 Millionen Euro pro Jahr geschätzt (*SVR 2005, Tz. 535*). Eine steuerfinanzierte Beitragszahlung zumindest in dieser Höhe ließe sich damit rechtfertigen. Allerdings gilt dies nur, wenn die beitragsfreie Mitversicherung für Kinder als „versicherungsfremd“ angesehen wird.

6 Fazit

Die Pflegeversicherung steht vor einem Finanzierungsproblem: Die zukünftige Steigerung der Grundlohnsumme reicht nur aus, um entweder die Leistungen der Pflegeversicherung soweit zu dynamisieren, dass ihre Kaufkraft erhalten bleibt, oder um die zukünftige Fallzahlsteigerung zu finanzieren – keineswegs aber für beides gleichzeitig (*vgl. Rothgang 1997*). Problemverschärfend kommt hinzu, dass die „strukturelle Einnahmeschwäche“, die in der vergangenen Dekade die finanzielle Lage von Kranken- und Pflegeversicherung geprägt hat, zu einer Steigerung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen unterhalb der Wachstumsrate des Sozialprodukts führt und mit der fachlich gerechtfertigten Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine weitere Ausgabensteigerung bevorsteht. Welche Optionen bestehen, um dieser Problematik zu begegnen?

In ihrem Koalitionsvertrag setzt die Bundesregierung auf die Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung. Nicht zuletzt angesichts der bekannten Kapitalmarktrisiken ist die Sinnhaftigkeit einer solchen Strategie durchaus in Frage zu stellen – zumal eine intertemporale Lastverschiebung zugunsten der jungen und ungeborenen Generationen durch Abbau der Staatsverschuldung sehr viel effizienter möglich wäre. Wenn dennoch an dem Gedanken der Kapitalbildung festgehalten wird, muss diese im Rahmen einer Versicherungslösung erfolgen – ohne Vererbbarkeit individuell erworbener Ansprüche. Dabei erscheint eine Lösung im Rahmen der Sozialversicherung einer Privatversicherungslösung im Hinblick auf die Möglichkeit einer solidarischen Lastverteilung

lung, den Verwaltungsaufwand und die ansonsten entstehende Schnittstellenproblematik überlegen.

Uneingeschränkt wünschenswert ist dagegen die Schaffung eines systemübergreifenden Ausgleichsmechanismus zwischen den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung, idealerweise durch Integration der Privatversicherung in eine die gesamte Bevölkerung umfassende Sozialversicherung, hilfsweise durch einen Finanzausgleich. Das derzeitige System mit zwei Versicherungszweigen, die sich hinsichtlich der Risikostruktur systematisch unterscheiden, ist insbesondere unter Gerechtigkeitsaspekten nicht zu begründen.

Schließlich lassen sich Stabilität und Nachhaltigkeit der Pflegefinanzierung durch verschiedene Maßnahmen einer modifizierten Beitrags- und Steuerfinanzierung gezielt verbessern. Steuerfinanzierte Elemente sollten dabei nicht als Ad-hoc-Zuschüsse gewährt werden, deren Höhe je nach Kassenlage schwankt, sondern regelgebunden sein – etwa als Kompensation für versicherungsfremde Leistungen. Derartige Maßnahmen können einen zukünftigen Beitragsanstieg in der Pflegeversicherung zwar nicht vollständig verhindern, wohl aber auf ein erträgliches Maß begrenzen.

Literatur

- Arnold R, Rothgang H (2010):** Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 65–94
- Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009):** Bericht des Beirats. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; www.bmg.bund.de -> Ministerium -> Kontakt und Services -> Publikationen (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2009):** Pflegeversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanziell stabil. BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung; www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE_Pflegeversicherung (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2001):** Urteil des Ersten Senats zum Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) vom 3. April 2001; www.bverfg.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr201495.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Bündnis 90/Die Grünen (2007a):** Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung. Beschlussantrag, Bundestagsdrucksache 16/7136 vom 14.11.2007
- Bündnis 90/Die Grünen (2007b):** In Würde leben. Das grüne Pflegekonzept. Beschluss der Bundestagsfraktion; www.gruene.de/einzelansicht/artikel/pflege.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- CDU/CSU (2011):** Eckpunkte für eine Pflegereform 2011: Menschlich, bedarfsgerecht, zukunftsfest (Entwurf). Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
- CDU, CSU, FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 26.10.2009; www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- CDU, CSU, SPD (2005):** Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 11.11.2005; www.cdu.de/doc/pdf/05_11_11_Koalitionsvertrag.pdf (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (2009):** Pflege-Bürgerversicherung. In: dies. (Hrsg.). Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin: KomPart, 71–93; www.wido.de/fokus_pflegev.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- FDP (2004):** Familien spürbar durch einen Kinder-Bonus entlasten – Keine Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung – Grundlegende Reform beginnen. Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr et al. und der Fraktion der FDP, Bundestagsdrucksache 15/3683 vom 07.09.2004
- FDP (2009):** Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei, beschlossen auf dem Bundesparteitag vom 15.–17. Mai 2009 in Hannover; www.deutschlandprogramm.de (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Greß S, Heinemann S (2011):** Solidarität im deutschen Krankenversicherungssystem nach der Bundestagswahl 2009. Sozialer Fortschritt, Jg. 60, Heft 4/5, 91–97
- Häcker J, Hackmann T, Raffelhüschen B (2010):** Pflegereform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Diskussionsbeitrag No. 46; www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwil/fzg/aktuelles/nachrichten.php (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Jacobs K (2011):** Kapitaldeckung in der Pflege: Sparmodell mit Tücken. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 14, Heft 6, 30–33
- Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine J M (1998):** The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing? Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 37. Paris: OECD
- Jacobzone S (1999):** Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives. Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 38. Paris: OECD
- Kuhlmeiy A (2006):** Gesundes Altern – geht das? G+G Wissenschaft, Jg. 6, Heft 1, 7–13; www.wido.de/ggw_1_2006_inhalt.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- Lafortune G, Balestat G et al. (2007):** Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers No. 26; www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf (letzter Zugriff am 05.07.2011)
- PKV (2011):** Gelegenheit macht Diebe. Die Pflege benötigt Finanzreserven, doch die müssen vor dem Zugriff des Staates sicher sein. PKV publik – Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Ausgabe 3/2011, 4–5

Reiners H (2008): Kapitaldeckung in der Krankenversicherung. Die Fallen der „Hausväterökonomie“. G+G Wissenschaft, Jg. 8, Heft 3, 24–30; www.wido.de/ggw_3_2008_inhalt.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Reiners H (2011): Mythen der Gesundheitspolitik. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern: Huber

Rolfs C (2010): Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente. Rechtsgutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Universität zu Köln

Rothgang H (2007): Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems. Wirtschaftsdienst, Jg. 87, Heft 6, 364–370; www.wirtschaftsdienst.eu/archiv/jahr/2007/6/ (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Rothgang H (2009): Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.). Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Berlin: KomPart, 95–121; www.wido.de/fokus_pflegev.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Rothgang H (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. Sozialer Fortschritt, Jg. 60, Heft 4–5, 81–87

Rothgang H, Arnold R, Unger R (2010): Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Bürgerversicherung als Alternative zu den aktuellen Regierungsplänen. G+G Wissenschaft, Jg. 10, Heft 4, 27–35; www.wido.de/ggw_4_2010_inhalt.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R (2009): GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73, St. Augustin: Asgard-Verlag

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2005): Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/06, Bundestagsdrucksache 16/65 vom 10.11.2005

SPD (2011): Für eine bessere Pflege: Zwei-Klassen-Pflege verhindern – Bürgerversicherung einführen. Beschluss des SPD-Parteivorstands; www.spd.de/aktuelles/Pressemitteilungen/8102/20110111_beschluss_parteivorstand_pflege.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (StatÄ) (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden; www.destatis.de -> Publikationen -> Fachveröffentlichungen -> Bevölkerung -> Bevölkerungsvorausberechnung (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Statistisches Bundesamt (StaBu) (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden; www.destatis.de -> Publikationen -> Fachveröffentlichungen -> Sozialleistungen -> Pflege (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Unger R, Müller R, Rothgang H (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, Jg. 73, Heft 5, 292–297

Wille E (2010): Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Jg. 15, Heft 3, 102–104

Zok K (2011): Erwartungen an eine Pflegereform. WIdO-monitor, Ausgabe 2/2011; www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (letzter Zugriff am 05.07.2011)

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum

Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Lehrbeauftragter am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen (Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement). Seit April 2009 im Erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.



Professor Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, Jahrgang 1963, Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an den Universitäten Köln und Sussex (England). Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bremen. Seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie und seit 2006 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie,

Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).